CONSIDÉRATIONS

N° 193.

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-P. ROQUES, né à La Burgade,

Département du Lot;

Décoré de juillet.

« Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio; « observatio tamen est filum ad quod dirigi debent medicorum « ratiocinia. » BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Suppléant. / JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste), Suppléant.	Hourmann.
Blandin, Examinateur.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Amour, respect et reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Amitié.

J.-P. ROQUES.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Introduction et définition.

Parmi les maladies qui ont reçu le plus de dénominations, la fièvre typhoïde occupe sans contredit un des premiers rangs : encore ces dénominations sont-elles toutes plus ou moins défectueuses, et pas une seule ne caractérise la maladie. Je ne rapporterai ici que celles qui sont assez généralement connues, forcé que je suis de me restreindre dans certaines limites, et ne trouvant aucun avantage à reproduire des dénominations tombées dans l'oubli ou généralement abandonnées.

Les anciens, qui n'avaient point des connaissances précises en anatomie pathologique, considérèrent cette maladie comme une fièvre essentielle, parce qu'ils ne se doutaient point des lésions qu'ils auraient pu observer sur les cadavres, et lui donnèrent telle ou telle dénomination, suivant que tel ou tel symptôme avait prédominé pendant la vie. *Hippocrate* l'appelait τυφος; *Galien, synoque putride; Huxham, fièvre lente nerveuse.*

Ces dénominations étaient trop insignifiantes et trop vicieuses pour ne pas attirer l'attention des pathologistes de la fin du dix-huitième et de ceux du dix-neuvième siècle. Convaincus de la nécessité d'une meilleure nomenclature, non plus basée sur des hypothèses plus ou moins ingénieuses, mais sur des faits anatomiques, et animés d'un égal désir de se rendre utiles à la science, on les a vus tour à tour proposer de nouveaux noms qui leur paraissaient plus convenables; et si leurs dénominations sont trop exclusivement basées sur des symptômes ou sur des lésions cadavériques, du moins ils ont jeté une vive lumière sur cette maladie jusqu'à eux si obscure.

Ainsi, en 1761, *Rœderer* et *Wagler* attirèrent l'attention de leurs contemporains sur les lésions qu'ils eurent occasion d'observer dans les intestins des personnes qui avaient succombé à la maladie qu'ils appelèrent fièvre muqueuse. En 1804, *Prost* a confirmé ces idées, et il a regardé les fièvres muqueuse, ataxique, adynamique, comme résultant des altérations de la membrane muqueuse des intestins, et d'autant plus nombreuses qu'il les avait examinées plus près de la valvule iléo-cœcale. De 1811 à 1813, MM. *Petit* et *Serres* eurent occasion d'observer ces mêmes lésions, qui leur parurent avoir quelque chose de propre, et n'être pas le résultat d'une simple inflammation. Ils crurent donc devoir distinguer cette phlegmasie intestinale, de la *fièvre maligne* et *putride* de *Stoll*, et de la fièvre *ataxique* et *adynamique* de *Pinel*, et lui donnèrent le nom de fièvre *entéro-mésentérique*.

Plus tard, à la suite des épidémies qui, en 1817, 1818 et 1819, ravagèrent la Touraine, M. *Bretonneau*, médecin en chef de l'hôpital de Tours, reconnut le premier le véritable siége des lésions dans les *plaques* de *Peyer* et les *follicules* de *Brunner*, et donna à cette maladie le nom de *dothinentérie* (de δοθιην, furoncle, εντερον, intestin), parce qu'il avait constamment trouvé ces lésions sur tous les cadavres. M. *Louis* a d'abord confirmé par ses recherches les faits avancés par M. *Bretonneau*, et a cru devoir donner à la maladie le nom de fièvre typhoïde, qui a été adopté presque en même temps par MM. *Chomel* et *Neuman*, médecin à l'hôpital de la Charité de Berlin. M. *Broussais*, convaincu,

par ses immenses travaux, que toutes les fièvres provenaient d'une lésion locale, et devaient par conséquent être localisées, a donné à cette maladie le nom de *gastro-entérite grave*, à cause des lésions qu'il avait observées dans l'intestin. M. *Andral*, d'après les mêmes considérations, lui avait donné, dans la première édition de sa Clinique, le nom d'*exanthème intestinal ;* mais il a bientôt reconnu que cette dénomination était trop absolue, et il l'a abandonnée dans la seconde édition du même ouvrage. M. *Bouillaud*, convaincu aussi de la nécessité de la localisation des fièvres, a reconnu, à l'aide de ses recherches d'anatomie pathologique, que la localisation de M. *Broussais* était trop absolue, et a appelé cette maladie *entérite, gastro-entérite, pneumonie*, selon que l'on trouvait des altérations dans l'intestin, dans celui-ci et l'estomac, ou dans les poumons.

Telles sont les dénominations qui ont été données dans ces derniers temps à la fièvre typhoïde; je vais, à l'aide, de quelques considérations, faire connaître le vice de chacune, et les raisons qui m'ont fait adopter celle de M. *Louis*. Les dénominations de *fièvre muqueuse, bilieuse, maligne, putride, ataxique, adynamique*, sont évidemment mauvaises, puisque la même maladie prendrait tel ou tel de ces noms suivant que tel ou tel symptôme prédominerait ou paraîtrait prédominer aux yeux de l'observateur, et la maladie qui serait d'abord *bilieuse* ou *muqueuse* serait dans la deuxième période *ataxique* ou *adynamique*. Celles de *fièvre entéro-mésentérique, dothinentérie, gastro-entérite grave*, sont également vicieuses, puisque les lésions, quoique extrêmement fréquentes, ne sont pas constantes dans les intestins, comme l'ont prouvé les observations récentes des pathologistes; en outre, ces lésions seraient-elles constantes, elles ne pourraient expliquer seules ces symptômes si graves qu'on observe pendant la vie. M. *Broussais* avoue lui-même que les gastrites et les gastro-entérites, portées au dernier degré, ne déterminent point cette faiblesse extrême et ces phénomènes adynamiques de la fièvre typhoïde. « La force muscu-« laire, dit-il, n'est point détruite, puisqu'au milieu de l'accablement « qui succède aux crises les plus orageuses, on voit se développer tout

« à coup des efforts surprenans. Ce caractère, joint au bon état de la « coloration de la peau, suffira pour écarter tout soupçon de la fièvre « ataxique ou plutôt du typhus, effet des miasmes délétères. » (Phlegmasies chroniques, tome 3, pag. 38 et 48.) Je dois faire observer aussi, par rapport au nom de dothinentérie, que la lésion qu'on observe ne ressemble nullement au furoncle, comme l'avait d'abord cru M. *Bretonneau*. Les dénominations d'*entérite*, *gastro-entérite*, *pneumonie grave* de M. *Bouillaud*, sont encore défectueuses; car comment reconnaître pendant la vie que c'est l'intestin grêle, l'estomac, le poumon, qui sont seuls attaqués, et quel est celui de ces organes qui l'est? N'observe-t-on pas souvent que les lésions des *plaques* de *Peyer* coïncident avec une hépatisation plus ou moins forte des poumons? De plus, dans combien de cas aussi, après des symptômes extrêmement graves, rencontre-t-on que des altérations très-légères?

Convaincu du vice de ces dénominations, et, en outre, forcé d'admettre d'autres lésions capables d'expliquer la gravité des symptômes, mais qui ont jusqu'ici échappé aux recherches les plus minutieuses, j'ai adopté, avec la plupart des praticiens, la dénomination de *fièvre typhoïde*, non parce qu'elle me satisfait plus que toute autre, mais parce qu'elle ne préjuge rien sur la nature de la maladie, sur l'importance des lésions déjà connues, et qu'elle laisse la plus grande latitude aux recherches ultérieures des pathologistes.

Étiologie.

Parmi les causes de la fièvre typhoïde, on n'a pu jusqu'à ce jour en découvrir d'immédiates; toutes sont plus ou moins prédisposantes. On compte parmi celles-ci les fatigues, les affections morales, la misère, les écarts de régime, les habitations dans des lieux bas, humides, exposés à des émanations putrides, une mauvaise alimentation, et, par-dessus tout, l'âge et un séjour récent dans une grande ville. Ainsi on observe tous les jours que les personnes attaquées de la fièvre typhoïde sont âgées de 15 à 35 ans, tandis qu'il est assez rare d'en observer au-dessous ou au-dessus de cet âge.

Quant au séjour récent dans une grande ville, ne voit-on pas aussi que l'immense majorité des malades reçus dans les hôpitaux n'habitent Paris que depuis quelques mois? quelquefois cependant leur séjour remonte-t-il à quelques années, et bien rarement sont-ils nés dans cette ville. N'est-ce pas aussi cette maladie qui enlève elle seule un si grand nombre d'étudians nouvellement arrivés dans cette ville, sans qu'on puisse en attribuer la cause aux miasmes des amphithéâtres, puisque les étudians en droit en sont aussi souvent affectés que les étudians en médecine, et que ceux-ci, pendant la première année, se livrent peu aux dissections? Pourquoi donc s'attacher à une cause si rare, tandis que le séjour récent à Paris en entraîne tant après lui? D'abord ennui, tristesse, changement de nourriture, repas moins nombreux, à des heures différentes, défaut d'exercice, puis l'humidité excessive et le froid qu'il faut souvent supporter dans les cours: tout cela réuni ne pourra-t il point produire une maladie très-grave chez un jeune homme, qui y sera d'ailleurs plus porté que ses camarades et qui aura plus souffert de ces causes diverses?

On a aussi admis que le sexe était une des causes de la fièvre typhoïde, que les hommes y étaient plus exposés que les femmes, et on a cité à l'appui de cette opinion plusieurs observations, desquelles il résulte que le nombre des hommes surpasse de beaucoup celui des femmes. Mais on ne dit pas qu'on ait tenu compte de la bien moins grande quantité de femmes qui viennent habiter Paris, et cette différence dans les résultats tient sans doute à cette cause.

Plusieurs praticiens, entre autres MM. *Bretonneau* et *Gendron*, ont aussi admis la contagion de cette maladie, et ont cité des faits à l'appui de leur opinion. Sans contester ici les faits avancés par ces auteurs, je ferai observer que tous les jours de nouveaux malades prennent le lit des personnes qui viennent de succomber à cette maladie, et ni eux ni ceux qui étaient couchés dans les lits voisins ne contractent la fièvre typhoïde. Les médecins et les élèves en médecine touchent et auscultent les malades sans la moindre précaution, et cependant ils ne contractent point la maladie; en outre, auprès des

étudians qui en sont attaqués, combien de leurs amis passent la journée et la nuit dans une petite chambre bien fermée, couchent même sur un lit de sangle, qui touche à leur lit, sans contracter la moindre indisposition ! Tous ces faits ne me permettent pas d'admettre la contagion de cette maladie.

Symptomatologie.

Quelle que soit la cause de la fièvre typhoïde, le début n'en est pas toujours bien caractérisé; il est au contraire très-souvent précédé de prodromes qui n'ont rien de constant, rien de déterminé.

Ces premiers symptômes, qui sont presque toujours indiqués par les malades, consistent en malaise général, sentiment de fatigue et d'inertie de tout le système musculaire, une céphalalgie plus ou moins intense et sourde, qui persiste souvent pendant une partie de la maladie, des épistaxis plus ou moins abondantes, et qui quelquefois ne fournissent que quelques gouttes par intervalles, et appelées *stillicidium*. Le malade mange avec répugnance, surtout les viandes froides et grasses; il éprouve des frissons, des mouvemens irréguliers de fièvre, de la diarrhée, rarement de la constipation; il dort presque constamment, et son sommeil est troublé par des rêvasseries continuelles. Ces phénomènes précurseurs ne tardent point à se dessiner plus franchement et à caractériser la maladie.

Première période. Le malade est forcé d'abandonner ses travaux, de s'aliter, et de réclamer les soins d'un médecin. Sa marche est devenue plus incertaine, semblable à celle des hommes ivres; les membres abdominaux ne peuvent plus le supporter; il éprouve des étourdissemens, et il tomberait s'il n'était soutenu par un appui. La figure, qui n'était qu'abattue, exprime l'étonnement, la stupeur et l'hébêtement; le décubitus a constamment lieu sur le dos. Le pouls est faible, petit, fréquent, et se laisse facilement déprimer sous les doigts; plus rarement il est lent, mais dur et large. La peau offre une

chaleur âcre et une sécheresse remarquable; l'appétit est nul, et la soif intense; la bouche est pâteuse et amère; la langue, blanche, mais souvent aussi rouge à la pointe et sur les côtés, se recouvre d'un enduit jaunâtre ou verdâtre dans son milieu. Les dents sont sales, et les gencives rouges, ou recouvertes de plaques blanchâtres, qui s'enlèvent facilement et laissent voir les gencives à l'état sain. Le malade éprouve souvent de la toux, et l'auscultation fait reconnaître dans ce cas du râle sibilant ou crépitant, indices d'une bronchite. La région épigastrique est indolente; cependant la pression y détermine quelquefois de la douleur, ainsi que dans la fosse iliaque droite. Le sommeil est troublé par des rêves continuels et pénibles, et ne répare point les forces des malades. *Somni turbati et non reficientes* (*Stoll*). Le malade ne répond que lentement, et semble ne pouvoir articuler ses réponses qu'avec difficulté. C'est là la première période, qui dure huit à dix jours, et qui enlève rarement le malade; la maladie peut s'arrêter à cette époque sous l'influence des médicamens, mais le plus souvent elle continue sa marche.

Deuxième période. Les symptômes augmentent d'intensité : la prostration des forces devient plus intense, la stupeur plus grande; le malade est tranquille ou agité. Dans le premier cas, la figure est immobile, très-altérée, le regard étonné; dans le second, les joues sont rouges, les yeux rutilans se meuvent presque continuellement. Plongé dans une indifférence stupide, le malade ne demande rien; ses réponses sont lentes, entrecoupées, mais précises. Il marmotte constamment entre ses dents, et, si son délire augmente, il peut devenir furieux, et on est forcé de le faire attacher dans son lit. Souvent il lui semble voir des êtres fantastiques, et ses mains sont toujours en mouvement pour les saisir. Ses yeux sont ternes et enfoncés dans l'orbite; le teint est livide et les pommettes saillantes; l'odorat et l'ouïe paraissent plus obtus; la langue, tremblante lorsque le malade parle ou la montre, est fixée au voile du palais, gercée et recouverte d'un enduit brunâtre, provenant du mélange du mucus avec une exsudation sanguinolente, et

qui s'étend sur les dents et le bord des lèvres presque constamment ouvertes. La bouche et l'arrière-bouche sont desséchées, recouvertes du même enduit, souvent tuméfiées, très-rarement ulcérées, et rendent la déglutition difficile. L'expectoration se fait aussi avec peine, et les crachats sont visqueux, tenaces, dans quelques cas marqués de stries de sang; l'auscultation fait reconnaître un léger râle muqueux et crépitant; la percussion rend un son plus obscur, et quelquefois on constate une pneumonie. L'abdomen est tendu, météorisé, plus sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; les selles sont fréquentes, muqueuses ou sanguinolentes; plus rarement il existe une constipation opiniâtre. La peau se recouvre, pendant cette période, de petites taches rosées, de *pétéchies* plus ou moins nombreuses, de quinze à quarante, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, de forme lenticulaire, d'une ligne environ d'étendue, qui font une légère saillie sur la peau, et qui ont leur siége le plus fréquent sur les parois du ventre ou de la poitrine; à ces *pétéchies* se joignent assez souvent des *sudamina* ressemblant à une gouttelette de sueur, et contenus dans une pellicule qui se crève à la moindre pression. La maladie, arrivée à la fin de cette période, peut s'arrêter et se terminer par résolution. Dans ce cas les symptômes diminuent avec plus ou moins de rapidité, et le malade entre bientôt en convalescence; mais souvent aussi la maladie poursuit sa marche, et, du seizième au vingtième jour, la troisième période commence.

Troisième période. La teinte de la peau devient terreuse, le malade est plongé dans la stupeur, ne répond pas le plus souvent aux questions qu'on lui fait, et montre l'indifférence la plus complète pour lui et pour tout ce qui l'environne; sa face est cadavérique, ses yeux ternes et vitrés, son haleine fétide, sa respiration lente. La soif est très-vive et la déglutition extrêmement difficile; il semble que les liquides tombent de la bouche du malade dans un tube inerte; dans quelques cas aussi le malade refuse de boire avec une opiniâtreté insurmontable, et se plaint presque constamment. Le météorisme du

ventre est augmenté : les urines sont involontaires, ainsi que les déjections alvines, qui sont en outre abondantes et d'une fétidité remarquable; la peau est rude, écailleuse, plus rarement recouverte de sueur; le pouls est petit, comme filiforme, et semble disparaître sous le doigt. Des escharres gangréneuses se forment sur le sacrum, sur le coccyx et sur les trochanters; les vésicatoires eux-mêmes se gangrènent assez souvent; la respiration devient stertoreuse; le délire augmente; il survient de la carphologie, des soubresauts dans les tendons, quelquefois de la raideur musculaire et des convulsions, et le malade s'éteint au milieu de cet appareil de symptômes si graves. La mort peut également survenir pendant le cours et à la fin de chaque période, et quoique les symptômes n'aient pas offert ce degré de gravité; dans quelques cas aussi, mais très-rares, à la vérité, la maladie, parvenue à la fin de la troisième période, peut ne pas présenter un ensemble de symptômes aussi effrayans qui diminuent peu à peu, et le malade est ramené à la santé par une convalescence très-longue.

Prognostic.

Le prognostic de cette maladie est toujours grave, et exige beaucoup de prudence de la part du médecin; car il n'existe souvent aucun rapport entre la bénignité apparente des symptômes et la gravité réelle du mal. Ainsi, chez quelques malades, dès le début, l'affection est assez légère; les symptômes marchent avec lenteur, et ne présentent point de gravité; et, lorsque tout annonce une convalescence prochaine, il survient des accidens tellement graves qu'ils enlèvent le malade en quelques jours, souvent même en quelques heures. Cette terminaison fâcheuse est due à une perforation de l'intestin, qui a permis aux matières contenues dans ce canal de s'épancher dans la cavité du péritoine, et il est survenu une péritonite promptement mortelle. Chez d'autres aussi, la maladie diminue sensiblement du dixième au quinzième jour, et après quelques jours d'un mieux marqué, une récrudescence de la maladie survient, et enlève les malades

plus ou moins promptement. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes sont très-graves dès le début, et continuent leur marche si alarmante; mais tout-à coup il survient une amélioration sensible, et le malade entre promptement en convalescence : cette convalescence est ordinairement longue, parce que l'économie était profondément altérée, et les malades sont sujets à des rechutes très-fréquentes presque toujours mortelles, et souvent dues aux plus légères imprudences.

L'âge est aussi une des conditions qui doivent influer le plus sur le prognostic, car la moitié environ des malades, âgés de trente-cinq à cinquante ans, succombent à cette affection, tandis qu'il n'en succombe que le sixième de ceux qui sont âgés de quinze à trente ans. On a aussi remarqué qu'à la suite de peines morales très-vives, la fièvre typhoïde était presque constamment mortelle. Certains symptômes doivent aussi rendre le médecin bien circonspect dans le prognostic de cette affection : le facies hippocratique dès le début, quoique les autres symptômes soient assez benins, est d'une extrême gravité; il en est de même de la rareté du pouls qu'on a observée quelquefois, et des évacuations involontaires sans conscience et continues. Les soubresauts des tendons, la carphologie, les convulsions, la raideur musculaire et la tuméfaction des parotides, laissent encore bien moins d'espoir; enfin, *Stoll* n'a jamais vu survivre un seul malade dont la respiration avait été petite et fréquente dès le début de la fièvre typhoïde. On devra aussi tenir compte des escharres du sacrum, du coccyx et des trochanters, qui, par leur grandeur et leur profondeur, peuvent déterminer la mort pendant la convalescence de cette maladie.

Dans l'immense majorité des cas, la diminution des symptômes est progressive, plus ou moins lente, suivant la plus ou moins grande altération de l'économie; mais il arrive aussi quelquefois qu'à la suite d'une crise, les symptômes diminuent et disparaissent très-rapidement. Beaucoup d'auteurs n'admettent point ce genre de terminaison dans la fièvre typhoïde; cependant je puis certifier que deux

malades, qui étaient à la dernière extrémité, à la suite, l'un d'une sueur très-abondante, et l'autre de déjections alvines extrêmement copieuses, m'ont paru méconnaissables à la visite du lendemain, tant leur habitude extérieure était changée et les symptômes diminués. Plusieurs auteurs citent aussi des cas du même genre qu'ils ont observés avec la plus grande exactitude, et dont la maladie avait brusquement changé de face à la suite d'une hémorrhagie ou d'abondantes urines. Je ne puis donc révoquer en doute des faits qui se sont passés sous mes yeux, ni ceux qui sont rapportés avec toute l'exactitude possible et la plus grande bonne foi; mais je suis bien loin de croire, avec les anciens, que la terminaison de cette maladie est presque toujours due à une crise, et qu'il existe des jours véritablement critiques. Peut-être aussi ces crises étaient-elles plus fréquentes parce qu'il n'avait été fait aucun traitement actif, et sous l'influence du traitement, une terminaison aussi favorable eût-elle succédé à une diminution progressive des symptômes ?

Traitement.

Les méthodes les plus diverses ont été employées dans le traitement de la fièvre typhoïde, et ont eu jusqu'à ce jour à peu près le même résultat, de manière que tour à tour elles ont été abandonnées, reprises, modifiées, sans avoir plus de succès les unes que les autres. Ainsi, les anciens ont employé successivement, et d'une manière exclusive, les astringens, les excitans, les purgatifs, les vomitifs, et chacune de ces méthodes a offert à peu près des résultats analogues.

De nos jours on a pensé qu'en combinant et modifiant ces divers modes de traitement, on obtiendrait des effets plus certains ; on a eu recours en outre aux antispasmodiques, aux antiphlogistiques et à la médecine expectante, et les succès obtenus, quoique un peu plus nombreux que ceux des anciens, sont cependant à peu près les mêmes pour chaque méthode diverse. Dans les cas les plus graves, c'est toujours à

peu près un sur quatre qu'il en succombe jusqu'ici. D'autres médecins, frappés de la gravité, de la marche, des causes de la maladie, et de ce qu'elle n'attaquait qu'une seule fois la même personne, ont pensé qu'elle devait céder à des spécifiques. Les uns, pensant qu'elle était due à la putridité des humeurs, ont eu recours aux antiseptiques, tels que le camphre, le musc, le castoréum. D'autres ont pensé que le sang manquait d'acide carbonique, et ont prescrit l'eau de Seltz; les premiers essais ont paru favorables à M. *Chomel*, mais plus tard les succès obtenus ont été les mêmes que par les autres médicamens. Les Anglais emploient aussi l'acide carbonique; mais, chez eux comme chez nous, les spécifiques n'ont pas donné de meilleurs résultats que tout autre mode de traitement.

Diverses circonstances qui se présentent dans la maladie, et qui empêchent de bien apprécier l'efficacité des médicamens, ont dû influer sur les résultats et causer une foule d'erreurs. Ainsi, la durée de la maladie, divers symptômes qui cessent et reparaissent à des intervalles plus ou moins longs, tels que le délire, les soubresauts des tendons, le météorisme, la diarrhée, la céphalalgie, qui cessent souvent pour reparaître plus tard, peuvent souvent induire en erreur, et faire croire qu'ils ont cédé à l'action des médicamens, tandis qu'ils devaient se terminer à cette époque, et que leur cessation est l'ouvrage seul de la nature. Pour arriver à un résultat certain, il faut ne point se contenter de quelques expériences faites par un seul praticien, à une seule époque et dans un seul lieu, mais faire répéter les essais dans plusieurs endroits et par plusieurs praticiens, et, si tous obtiennent de bons résultats, alors seulement on pourra proclamer l'efficacité de ce mode de médication.

Ces considérations, et les succès obtenus par chaque méthode de traitement, m'ont déterminé à employer, avec la plupart des praticiens, le traitement rationnel, qui varie suivant les formes, les symptômes, l'époque de la maladie et la constitution du malade. Ainsi, dès le début, une saignée du bras sera toujours utile, et on devra la répéter, y ajouter même des sangsues, si le malade est pléthorique ou

les symptômes inflammatoires manifestes : on prescrira des boissons acidules, tempérantes et mucilagineuses, des lavemens émolliens et des cataplasmes sur le ventre. Si la maladie présentait la forme bilieuse, et si le malade était gonflé par des alimens ou des matières fécales, un léger purgatif, quelque temps après la saignée, serait très-utile en débarrassant le malade de toutes ces matières. Dans la deuxième période, si les symptômes inflammatoires persistent encore, il faudra recourir à une saignée; si la diarrhée, les douleurs abdominales et les signes d'irritation intestinale prédominent, on devra préférer à la saignée les sangsues à l'anus ou sur le ventre ; et si le délire et la céphalalgie sont violens, on ajoutera à la saignée du bras des sangsues sur les tempes ou aux apophyses mastoïdes, et les révulsifs aux membres inférieurs.

Lorsque les symptômes ataxo-adynamiques prédominent, la saignée et les sangsues devront être proscrites, car elles sont assez souvent plus nuisibles qu'utiles, comme le prouvent les observations de MM. *Andral*, *Chomel* et *Louis*, et on devra employer avec modération les toniques. Le quinquina est celui qu'on préfère, et qui a produit les meilleurs résultats. Si on l'administre en lavemens, la dose sera de 1 à 2 gros pour un demi-lavement ; en décoction, la dose sera de 1 gros pour une pinte d'eau ; mais il vaut mieux employer le sirop de quinquina, à la dose de 1 once dans une potion aromatique ou gommeuse. On pourra aussi donner du vin généreux, une cuillerée d'heure en heure, seul ou mêlé avec une infusion tonique, une limonade ou de l'eau de Seltz. A l'action des toniques à l'intérieur, on ajoutera celle des révulsifs à l'extérieur. Les sinapismes, les vésicatoires volans seront appliqués sur les membres inférieurs. Les sinapismes devront être appliqués de 15 à 20 minutes au plus, parce qu'ils pourraient déterminer la vésication : on fera même bien, si l'inflammation produite était trop forte, d'y faire des lotions avec de l'huile. Quant aux vésicatoires, ils devront être moins employés, parce que l'irritation dérivative qu'ils produisent est moins forte que par les sinapismes. On devra aussi ne point les laisser suppurer, parce qu'ils se

recouvrent souvent d'une escharre gangréneuse, qui devra nécessairement diminuer les forces du malade par la suppuration qui en sera la suite. Cependant M. *Rostan* a observé que presque toutes les fois qu'un vésicatoire avait déterminé une escharre gangréneuse, il avait vu succéder immédiatement à ce phénomène une heureuse convalescence. J'ai même vu, dans son service, au commencement de juin 1833, une fièvre typhoïde très-intense, diminuer d'intensité immédiatement après que la gangrène se fut emparée de la surface d'un vésicatoire à la jambe, et dès ce moment l'Auvergnat qui en était attaqué est entré rapidement en convalescence. Ce fait doit attirer l'attention des médecins, parce qu'il pourrait mener à de grands résultats. Dans la troisième période, lorsque les symptômes sont très-graves, il faudra employer les toniques à haute dose, et les révulsifs les plus énergiques.

Il me reste à parler d'un traitement qui, depuis deux ans, a été le sujet d'un certain nombre d'expériences; je veux parler de l'emploi des chlorures. M. *Chomel*, frappé de l'insuffisance des divers médicamens qu'il avait employés, et en particulier de celle de l'eau de Seltz, qui d'abord avait offert d'assez bons résultats, résolut d'essayer les chlorures, qui lui furent indiqués par un jeune médecin. Mais comme cette médication était nouvelle, il voulut ne l'employer que dans les cas extrêmement graves, et à des doses qui ne pourraient déterminer aucun accident fâcheux pour le malade.

Voici le résultat de ses observations : pendant l'année scolaire 1831-1832, 19 malades ont été traités par cette méthode; 17 sont guéris et 2 ont succombé. Depuis le mois de novembre 1832 jusqu'au 1er juin 1833, sur 15 autres malades soumis au même traitement, 12 sont sortis guéris et 3 sont morts; mais de ces 3, l'un était déjà en convalescence, et a succombé à une attaque de choléra. En comptant même ce dernier, les résultats obtenus sont, sur 34 malades traités par les chlorures, 29 guéris et 5 morts, ou sur 7 malades 1 mort. Ces résultats sont jusqu'ici extrêmement favorables, puisque la mortalité a été à peu près moitié moindre. Il serait donc nécessaire que les

praticiens s'occupassent de répéter ces expériences dans différens hôpitaux; et si les résultats obtenus étaient aussi satisfaisans, la thérapeutique de cette maladie, jusqu'ici aussi incertaine, compterait un médicament dont les effets seraient mieux connus et bien plus favorables.

Parmi les chlorures, M. *Chomel* préfère le chlorure d'oxyde de sodium, et l'emploie en boissons, lotions, cataplasmes, lavemens et en bains : cependant il ne commence jamais l'emploi de ce médicament, avant que les symptômes d'adynamie ne soient assez prononcés. En boisson, il le donne, suivant les individus, entre 10 et 25 gr., et concentré à 17 degrés, dans une boisson appropriée. Le malade en boit jusqu'à quatre pots par jour, s'il a une soif intense : la même quantité de chlorure est mise dans un demi-lavement qu'on administre deux fois dans les vingt-quatre heures. Les lotions chlorurées contiennent une once de chlorure par livre d'eau; les bains une livre, et les cataplasmes sont arrosés d'une quantité suffisante de ce chlorure. Si les malades, rebutés par la mauvaise odeur du chlore qui se dégage, ne veulent point avaler leur boisson, ou si leur estomac ne peut la supporter, il en fait diminuer la quantité, et on la verse dans une infusion aromatique ou amère pour en masquer l'odeur.

Comment agit le chlorure de soude dans la fièvre typhoïde? nécessairement il doit produire à l'intérieur les mêmes effets qu'il produit à l'extérieur. Mais dans ces cas, on sait qu'il jouit de propriétés excitantes et antiseptiques, et que de ces deux propriétés en naît une troisième, celle de hâter la cicatrisation des ulcères. Il devra donc, dans cette maladie, relever, après son absorption, l'économie animale de l'état d'affaissement et de stupeur où elle était plongée, détruire la putridité qui existe et qui se dévoile évidemment par l'odeur infecte de toutes les excrétions et sécrétions, et favoriser la cicatrisation des ulcérations qui existent dans les différens appareils de l'organisme

Si les soins thérapeutiques propres à cette maladie sont encore peu connus, il n'en est pas de même des soins hygiéniques, qui ont sur elle la plus heureuse influence, et qui, négligés, enlèvent rapidement

les malades. Parmi ces soins, on doit distinguer principalement un séjour bien aéré, sec, et à l'abri de toute émanation putride; en outre une grande propreté du malade et des vêtemens qui le couvrent. Il faudra donc le bien laver, l'essuyer avec des linges chauds, et le changer immédiatement, s'il laisse aller sous lui l'urine ou des matières fécales; les boissons devront être récentes et préparées avec soin. Pendant la convalescence il sera soumis à un régime sévère; les alimens seront de bonne qualité, de facile digestion et en petite quantité; toute espèce d'émotion forte lui sera sévèrement interdite. Lorsqu'on néglige ces soins et ces précautions, les rechutes sont très-fréquentes et presque toujours mortelles.

Anatomie pathologique.

Il me reste à parler des lésions que l'on trouve sur les cadavres des personnes qui ont succombé à une fièvre typhoïde. Ces lésions peuvent exister, 1°. *dans les appareils de la vie de relation;* 2°. *dans les appareils de la vie de nutrition.*

1°. *Appareils de la vie de relation.*

Les altérations du cerveau et de ses dépendances sont assez rares : dans quelques cas on trouve les méninges et la substance cérébrale injectées (celle-ci, coupée par tranches, présente un grand nombre de points rouges, qui sont les orifices béans des vaisseaux); dans d'autres, quelques cuillerées de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les ventricules ou à la base du crâne; quelquefois les vaisseaux sont gorgés de sang; mais le plus souvent le cerveau et les méninges sont d'une pâleur remarquable.

Telles sont les lésions qui se présentent à peu près dans un dixième des cas, et qui ne sont nullement en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie. Elles ne peuvent être le point de départ de la maladie, puisqu'on a observé des phénomènes nerveux de

même nature, de même intensité et de même durée chez des personnes qui n'ont offert après leur mort aucune lésion appréciable de ces mêmes parties. En outre elles ne présentent rien de spécial, puisqu'on les observe dans beaucoup d'autres cas où pendant la vie aucun désordre nerveux n'avait été observé.

Quant aux altérations des muscles, il n'en existe pas de remarquables ; et, malgré les assertions de plusieurs auteurs qui prétendent que les muscles dans l'état adynamique présentaient quelque chose de poisseux, des observations rigoureuses prouvent que dans l'immense majorité des cas, leur fermeté et leur coloration sont à l'état normal.

2°. *Appareils de la vie de nutrition.*

Appareil circulatoire. Le cœur présente dans quelques cas une altération appréciable, qui n'est pas toujours identique et qui consiste dans une forte pâleur ou dans un rouge intense; quelquefois son tissu est ramolli, et résiste moins aux efforts qu'on fait pour le déchirer. Les artères et les veines sont aussi quelquefois pâles ou rouges; mais les veines offrent en outre, dans quelques cas, du pus, ou des pseudo-membranes à l'intérieur, et des ulcérations ou de l'épaississement dans sa membrane interne. Dans ces cas bien rares, c'est presque toujours une phlébite qui a été le point de départ de la fièvre typhoïde, ou bien le pus qu'on trouve dans ses vaisseaux a été absorbé par eux, et a produit par sa présence dans le sang une sorte d'empoisonnement, d'où résulte la fièvre typhoïde. C'est ce que prouvent les observations de MM. *Ribes*, *Breschet*, *Gendrin*, *Dance*, *Bouillaud*, *Velpeau* et *Legallois*. Le sang est le plus souvent à l'état normal; mais dans quelques cas il est presque liquide, d'un noir foncé, couleur lie de vin, ou d'une teinte rose claire.

Appareil respiratoire. La membrane muqueuse du larynx et des bronches est quelquefois d'un rouge assez intense, ou recouverte par quelques mucosités blanchâtres ou rougeâtres; je l'ai même vue dans

quelques cas ulcérée. Le parenchyme du poumon présente souvent des lésions très-remarquables. Sur beaucoup de cadavres l'engouement pulmonaire est assez considérable ; et si on incise le poumon, il s'en échappe un liquide spumeux, rougeâtre ou incolore; sur d'autres, le poumon est complètement hépatisé dans certaines parties, et d'une couleur rouge ou grise. Dans quelques cas très-rares, le poumon contient des tubercules ou de petits foyers de pus; on l'a même vu gangrené dans quelques points. Mais la lésion des poumons la plus constante, et qui s'observe d'une manière plus spéciale dans cette maladie, est cet état du poumon imperméable à l'air, offrant un tissu brun ou d'un rouge livide, et qui s'écrase sous les doigts comme une pulpe. Les plèvres offrent aussi une altération assez remarquable; c'est un épanchement sanguin qu'on y rencontre dans quelques cas, et qui est identique avec les épanchemens qu'on rencontre dans les plèvres des animaux affectés de fièvre adynamique, à la suite d'une injection de matières putrides dans leurs veines. (Le péricarde et le péritoine contiennent aussi, mais dans des cas plus rares, des épanchemens semblables.)

Appareil sécrétoire. Le tissu cellulaire ne s'est montré altéré que dans des cas très-rares; et les lésions qu'on y a observées consistent en des épanchemens de sang plus ou moins considérables, des collections de pus qui, dans quelques cas, ont coïncidé avec un amendement général des symptômes, et des infiltrations séreuses qu'on a principalement observées chez des convalescens, dans les membres abdominaux. Les parotides sont dans quelques cas tuméfiées, et la lésion de ces glandes est un symptôme extrêmement grave; car on a presque constamment remarqué que les symptômes s'aggravaient avec l'augmentation de ces glandes, et que la terminaison était presque toujours funeste. Les lésions des voies urinaires sont aussi très-rares, et, outre une pâleur ou une injection plus ou moins forte de la membrane muqueuse de la vessie, on a aussi rencontré les reins très-rouges, d'une grande friabilité, et contenant une notable quantité de pus. M. *An-*

dral rapporte une observation dans laquelle on ne trouva, à l'ouverture du cadavre, d'autre lésion que dans les voies d'excrétion de l'urine. Le rein droit était remarquable par sa couleur rouge foncée, et par la grande friabilité de son tissu. Les calices étaient très-dilatés, et remplis, ainsi que l'urètre, par une matière puriforme; le tissu cellulaire interposé entre les tuniques charnue et musculeuse était très-dense, et offrait un aspect squirrheux. La membrane muqueuse vésicale était d'un rouge cerise. Il a conclu de ces lésions qu'elles avaient dû nécessairement produire la fièvre typhoïde d'ailleurs bien caractérisée.

Le foie se trouve aussi altéré, mais dans des cas assez rares; son tissu est friable, et se réduit en pulpe sous la plus légère pression des doigts; il contient en outre très-peu de sang, et présente une coupe sèche. Cette lésion a été observée dans un assez grand nombre de cas par M. *Louis*, et, au contraire, MM. *Andral*, *Bouillaud* et *Chomel* n'ont pu la rencontrer que très-rarement; elle n'est pas d'ailleurs plus propre à la fièvre typhoïde qu'à d'autres maladies. La bile est plus souvent modifiée dans sa quantité et dans sa qualité; elle existe quelquefois en grande quantité dans le duodénum, le jéjunum; rarement on en trouve dans l'estomac, et la membrane muqueuse sous-jacente est rouge, blanche, ou teinte en jaune par la bile. Quant à la qualité de la bile, elle est tantôt claire comme de la sérosité, tantôt sirupeuse et d'une teinte noire foncée.

La rate offre des lésions très-remarquables et presque constantes chez les personnes qui ont succombé à une fièvre typhoïde : dans quelques cas très-rares elle est petite et très-dense; mais la lésion la plus fréquente, c'est son ramollissement et l'augmentation de son volume. Si on la presse entre les doigts, il en sort une matière semblable à de la lie de vin, et on voit que le parenchyme n'est pas altéré d'une manière sensible; on peut même la ramener à son volume ordinaire : dans ces cas la couleur de la rate est naturelle, ou plus ou moins foncée. Ces lésions sont quelquefois les principales que l'on rencontre sur le cadavre, et même elles peuvent être les

seules appréciables ; elles sont aussi plus fréquentes dans les premiers temps que vers la fin de la maladie.

Tube digestif. Le pharynx et l'œsophage présentent les mêmes altérations que la cavité buccale, et que nous avons décrites en traitant des symptômes. Les lésions de l'estomac sont plus nombreuses et plus fréquentes : tantôt ce sont des taches rouges qui résultent de l'agglomération de petits vaisseaux injectés, et qui peuvent se réunir et former des plaques de la largeur de dix à quarante sous ; tantôt une grande partie de cet organe, et plus particulièrement le grand cul-de-sac, présente ce phénomène : l'injection peut en outre être générale, mais elle est moins intense. La portion de l'estomac qui touche à la rate est aussi dans quelques cas le siége d'ecchymoses peu étendues, et situées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Quant à la membrane muqueuse, elle est assez souvent considérablement ramollie, surtout dans le grand cul-de-sac, et offre une couleur blanche, brune ou rouge ; elle peut être en outre ulcérée dans ces mêmes parties, et l'ulcération est plus ou moins grande et plus ou moins multiple. Il en est de même des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle et du gros intestin ; ils peuvent présenter les mêmes lésions que l'estomac, mais n'offrent rien de plus remarquable et de spécial.

Quant au cinquième inférieur de l'iléon, c'est lui qui mérite la plus grande attention, et qui offre à tous les pathologistes des lésions presque constantes et spéciales dans les *plaques de Peyer*, les *follicules de Brunner* et les ganglions mésentériques. MM. *Bretonneau* et *Louis* avaient d'abord avancé, d'après leurs propres observations, que ces lésions existaient dans tous les cas ; mais les recherches ultérieures de MM. *Andral*, *Bouillaud*, *Chomel*, *Louis*, *Trousseau*, etc., ont prouvé que ces lésions n'étaient point constantes, mais qu'elles existaient à peu près quatre-vingt-dix-huit fois sur cent.

Dans les premiers temps de la maladie, les plaques de *Peyer* sont tuméfiées, forment une saillie de quelques lignes au-dessus de la muqueuse, et offrent une surface grenue, mamelonnée, et parsemée de

points gris ou noirâtres, qui sont les orifices des cryptes muqueux (cette saillie est due à la tuméfaction des follicules seuls, ou à la tuméfaction des follicules et de la couche celluleuse sous-jacente) ; de ces plaques, les unes sont rouges, d'autres grises, noirâtres, d'un blanc mat, et tantôt plus dures que la muqueuse, tantôt se réduisant facilement en pulpe sous la pression des doigts. Les follicules de *Brunner* offrent aussi la même altération ; mais comme ils sont isolés, ce ne sont plus que des boutons miliaires, rouges, gris ou blanchâtres, qui bientôt augmentent de volume et deviennent conoïdes, fongueux et déprimés à leur centre. L'orifice n'est d'abord pas apparent, mais plus tard il s'agrandit, et la pression en fait suinter un liquide muqueux ou puriforme ; la muqueuse environnante est quelquefois saine, mais souvent aussi altérée dans sa consistance ou injectée. Cette injection est tantôt bornée autour des plaques, tantôt elle occupe une grande partie de l'intestin ; dans quelques cas aussi, l'injection des vaisseaux constitue une véritable arborisation.

Du quinzième au vingtième jour, la surface des plaques commence à s'ulcérer; les ulcérations s'étendent bientôt d'un point isolé à toute la plaque, finissent par la détruire, et ce n'est plus que parce qu'elles ont la forme, l'aspect des plaques, qu'elles occupent le même point de l'intestin, qu'on peut en induire l'altération de ces corps ; assez souvent même l'ulcération s'étend à plusieurs plaques, occupe une grande étendue, et la face supérieure de la valvule iléo-cœcale est quelquefois transformée en une vaste ulcération. L'ulcération des follicules de *Brunner* commence aussi à la même époque, s'étend peu à peu du sommet à sa base, et se réunit bientôt à celle des plaques; la muqueuse de l'intestin peut aussi être envahie et entièrement détruite dans l'étendue de plusieurs pouces au-dessus de la valvule.

Le pourtour des ulcérations, formé par la muqueuse, est ovalaire, arrondi, comme dentelé, et taillé à pic ou en dédolant; le fond en est constitué, tantôt par le tissu cellulaire sous-muqueux, pâle et de consistance normale, ou épaissi, gris, rougeâtre, noirâtre; sa surface

peut aussi être recouverte par quelques débris de la membrane muqueuse. Tantôt le tissu cellulaire est détruit, et la membrane musculaire qui tapisse le fond peut offrir les mêmes altérations que la couche celluleuse. Lorsque l'ulcération s'étend, elle détruit la couche musculaire, et il ne reste plus au fond des ulcérations que le péritoine, si fragile dans quelques cas, qu'il cède à la moindre pression. Enfin, dans quelques cas assez rares, le péritoine est perforé, et il en résulte une péritonite, le plus souvent caractérisée par les plus graves symptômes et promptement mortelle, mais qui peut être, dans quelques cas, latente, et dont l'issue fatale peut être retardée jusqu'au septième jour, comme l'a observé M. *Louis*.

Les ulcérations peuvent ne pas s'étendre aussi loin, et s'arrêter dans leur marche; alors les bords s'affaissent, les tissus qui en forment le fond et les bords reprennent leur couleur naturelle, et il se forme une membrane mince, transparente; qui est une véritable cicatrice, et qui, se colorant plus ou moins, dessine parfaitement la place des follicules et des plaques qu'elle occupe. Ce travail de cicatrisation s'observe chez plusieurs personnes qui ont succombé pendant la convalescence.

Outre les lésions que je viens de décrire, il en existe d'autres, dans la même partie de l'intestin, qui affectent les ganglions mésentériques correspondant aux plaques de *Peyer*, et qui suivent la même marche que celles des plaques et des follicules isolés. Ainsi, chez les sujets morts du sixième au quinzième jour, on trouve ces ganglions tuméfiés et plus ou moins altérés dans leur consistance. Chez ceux qui succombent du quinzième au vingtième jour, on observe que le ramollissement des ganglions est plus considérable, leur couleur plus foncée, leur consistance plus friable; quelquefois ils contiennent de petits foyers purulens. Chez ceux qui sont morts du vingtième au trentième jour, ces ganglions roses ou grisâtres sont moins volumineux et moins ramollis, ce qui indique qu'ils tendent vers la guérison. Cependant il n'est pas rare à cette époque, lorsqu'il existe

encore de profonds ulcères dans l'intestin, de trouver du pus dans les ganglions qui correspondent aux plaques affectées.

Telles sont les altérations que l'on trouve presque constamment vers la fin de l'intestin grêle, qui sont spéciales à cette maladie, et d'autant plus nombreuses et plus fortes qu'elles sont plus près de la valvule iléo-cœcale. Elles se comportent ordinairement comme je viens de le dire, mais leur rapport, leur nombre et leur marche sont loin d'être constans. Tantôt les plaques de *Peyer* sont seules affectées, les follicules et les ganglions mésentériques sont sains; tantôt ceux-ci sont les seuls qui ne sont point affectés, ou qui sont affectés en même temps que des follicules ou des plaques. Dans d'autres cas, toutes les plaques, tous les follicules, tous les ganglions correspondans sont affectés; plus souvent le nombre de ces altérations est beaucoup moindre, et il n'est même pas rare de ne trouver qu'une ou deux plaques, ou quelques follicules affectés; tout le reste est sain. Quant à la marche de ces lésions, on peut trouver, dans le commencement de la maladie, des ulcérations dans quelques points; on a même vu des perforations survenir à cette époque. Vers la troisième période, on rencontre aussi dans divers points des altérations de toute nature: injection, tuméfaction et ulcération; enfin, à cette même époque, il est des cas où on ne rencontre que de l'injection et une médiocre tuméfaction de quelques plaques ou de quelques follicules isolés.

CONCLUSIONS.

Si l'on compare les symptômes observés pendant la vie, avec les lésions que présentent les organes examinés après la mort, quelles conclusions pourra-t-on tirer de cet ensemble de faits?

Les appareils de la vie de relation, circulatoire, respiratoire, sécrétoire, et le tube digestif, excepté la partie inférieure de l'iléon, offrent des lésions assez rares, ordinairement peu graves, et qu'on trouve sur des sujets qui ont succombé à d'autres maladies. Si l'on considère les lésions des plaques de *Peyer*, des follicules de *Brunner*, et des ganglions mésentériques, l'on est forcé de reconnaître qu'elles offrent quelque chose de spécial et d'extrêmement remarquable. Cependant, puisque ces lésions ne sont point constantes, qu'elles ne sont point en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie, que souvent même il n'existe que des altérations très-légères après des symptômes extrêmement graves, il faut nécessairement admettre d'autres altérations, qui jusqu'ici ont échappé aux recherches de tous les pathologistes. Les mêmes considérations doivent s'appliquer aux lésions de la rate, qui sont presque aussi constantes et qui n'offrent pas moins de désaccord entre les symptômes, ainsi qu'aux lésions particulières qu'on trouve toujours dans d'autres organes, et principalement dans le poumon, lorsqu'il n'existe aucune de ces lésions spéciales dont je viens de parler.

Mais où placer ces altérations inconnues, si ce n'est du côté de l'innervation? Ne sont-ce pas, en effet, des causes capables d'altérer le système

nerveux, que les causes prédisposantes de la fièvre typhoïde, telles que le séjour récent dans une grande ville; par suite un changement de nourriture, d'habitudes, les chagrins, le défaut ou l'excès d'exercice, un air plus ou moins vicié, une humidité très-forte; et la jeunesse, pendant laquelle les organes sont plus exercés et plus aptes aux impressions extérieures? Ces causes, quoique extrêmement faibles chacune isolément, ne pourront-elles pas triompher, par leur appui mutuel et par une action constante, des forces de la nature? Elles commenceront d'abord par altérer la quantité et la qualité du sang; celui-ci ne pourra plus suffire à toute l'économie, l'altèrera peu à peu, et l'altération se portera plus particulièrement sur le fluide nerveux, qui se trouve répandu dans tous nos organes et qui préside à tous nos actes. Mais comme cette action est par elle-même très-faible et n'a de puissance que parce qu'elle est soutenue par des causes constantes, le travail de désorganisation sera très-lent, et ce ne sera qu'après un temps plus ou moins long, et après avoir triomphé des forces de la nature, que cette profonde altération se dessinera avec l'appareil effrayant des symptômes qui l'accompagnent.

Je tire ces conclusions des résultats qu'on a obtenus avec les expériences qu'on a faites dans ces derniers temps sur des animaux. En injectant diverses substances putrides dans les veines d'un animal, on a produit chez lui tous les symptômes de la fièvre typhoïde, et tantôt on a trouvé les lésions des plaques et des follicules, à différens degrés, comme chez l'homme; tantôt ces lésions n'existaient point. Dans le premier cas, les lésions n'étaient que l'effet des substances délétères; dans l'autre, les symptômes ne peuvent point être attribués à des lésions qui n'existaient point. Je pense même qu'on arriverait à des résultats plus certains et plus concluans, si on avait le soin, en répétant ces expériences, de n'introduire que peu à peu les substances putrides, pour ne déterminer la maladie qu'après un espace de temps plus ou moins long.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid. aph.*, 19.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

In febribus acutis convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 66.

V.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

VI.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 34.

VII.

Erysipelas foràs quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 5.

VIII.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.